

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА

Губарь Л. М.¹, Миклашевич Ф. С.², Горбач О. А.²

¹ Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Новообразования сердца доброкачественного или злокачественного характера – редкое заболевание [4]. Возможно, это объясняется хорошим кровоснабжением сердца и быстрым обменом веществ в сердечной мышце. Причины возникновения опухолей сердца до настоящего времени не установлены. Опухолевое поражение сердца представляет собой малоизученную область клинической медицины [1], что объясняется редкостью данной патологии, чрезвычайным полиморфизмом клинической картины (симптомы поражения и сердца, и органов грудной клетки, и нервной системы) и сложностью прижизненной диагностики [2]. Различают первичные и вторичные опухоли сердца. Первичные развиваются изначально в самом сердце или перикарде, вторичные же являются своеобразными «филиалами» (метастазами) опухолей внесердечного происхождения. Вторичными опухолями сердца чаще бывают метастазы рака молочной железы, легких, желудка, а иногда почек и щитовидной железы. Вторичные опухоли сердца встречаются в 25 раз чаще первичных [3]. Статистически различают опухоли сердца и поражение сердца с выходом за пределы одной локализации [5].

Цель. Изучить возможности лучевой диагностики опухолей сердца.

Материалы и методы исследования. Изучение архивных историй болезни УЗ «Гродненская областная клиническая больница» пациентов с опухолями сердца за период с 2000 г. по 2013 г.

Результаты. Опухоли сердца проявляются по-разному, а в связи с тем, что встречаются они редко, правильный диагноз обычно устанавливается не сразу. У пациента может быть длительное небольшое повышение температуры тела, похудание, постепенно нарастающая слабость, боли в суставах, различные высыпания на туловище и конечностях, онемения пальцев рук и ног. Постепенно могут сформироваться признаки хронической сердечной недостаточности. Злокачественные опухоли сердца лечатся оперативным путем. Если это невозможно, применяется лучевая и химиотерапия.

За период с 2000-2013 гг. в Гродненском онкодиспансере наблюдались 5 пациентов со злокачественными опухолями сердца (у одного пациента – миксосаркома сердца в 2002 г., у одного – рабдомиосарко-

ма сердца в 2006 г., у трех пациентов поражение сердца, средостения и плевры, т. е. выход за пределы одной локализации (две в 2012 г., одна в 2010 г.). Более детально удалось изучить две истории болезни.

Пациентка Г., 57 лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на боли в правой руке, нарушение артикуляции, речи. В анамнезе ИБС, мерцательная аритмия, миксома левого предсердия. Явления сердечной декомпенсации с января 2005 г., последнее ухудшение около 1 недели до поступления. Неврологически: дизартрия, асимметрия носогубных складок, спастический гемипарез слева, S>D, ЭХО смещений нет. При УЗИ сердца: атеросклероз аорты, дилатация левого и правого предсердий. Сократимость левого желудочка сохранена. В левом предсердии определяется объемное образование 72×42 мм, широко прикрепленное основанием к средней трети межпредсердной перегородки и пролабирующее в систолу в полость левого желудочка (на 1/3 объема левого желудочка), вызывающее явления стенозирования митрального клапана. Допплер-эхокардиография – митральная регургитация I и II степени. При рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) головного мозга: нет возможности для дифференцировки между ишемическим инсультом и тканевым образованием указанной локализации. Данные магнитно-резонансной томографии (МРТ): в режиме T2 в левой ножке мозга участок измененного сегмента с изоинтенсивным сигналом в центре, гиперинтенсивным по периферии, общей зоной 60×47×50 мм). В стационаре состояние без улучшения и на 14-е сутки пациентка скончалась. Заключительный клинический диагноз: миксома левого предсердия. ИБС. Повторный инфаркт в вертебро-базиллярном бассейне (левая ножка мозга). Церебральный атеросклероз. Отек мозга. Кома. Патологоанатомический диагноз: рабдомиосаркома левого предсердия с пролабированием опухолевого узла в митральное отверстие и левый желудочек. Причина смерти – прогрессирующая недостаточность сердца и метастаз опухоли в вещество головного мозга.

Пациент В., 36 лет, поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, тяжесть в груди, резкое затруднение дыхания, в особенности при перемене положения туловища. Рентгенография органов грудной клетки: слева в верхней доле на участке 5,0 см неоднородное затенение с множественными участками просветления до 1,7 см в диаметре, средостение расширено до 12,7 см. Заключение: рентгеновская картина более характерна для саркомы грудной клетки с поражением сердца, средостения и плевры. При рентгеновской компьютерной томографии грудной полости: опухолевой конгломерат в

переднем средостении 10,0×6, 6,0×13,3мм, трахея оттеснена вправо, ее просвет 5,0 мм на протяжении 5,5 см. Заключение: саркомоподобная карцинома верхнего средостения с инфильтрацией в структуры средостения со сдавлением трахеи, синдром ВПВ. Проведена хирургическая операция торакоскопия: диагностика – биопсия средостения. Гистологически: низкодифференцированная саркоматозная карцинома. TNM Tх N3 M0 Стадия III. Дата установления диагноза 22.10.12. Вид лечения: паллиативное лучевое – дистанционная гамматерапия. Курс проведен с 15.10.12 по 08.11.12. Умер 26.11.2012 г.

Выводы. Клиническая картина опухолей сердца, как правило, неспецифична, но часто указывает на проблемы со стороны сердца. В связи с этим диагностика опухолей сердца до появления современных методов визуализации была чрезвычайно сложна и часто диагноз ставили только после смерти, так как электрокардиологическая и рентгенологическая симптоматика непатогномонична для них. В настоящее время эхокардиография является методом выбора при подозрении на наличие объемного образования сердца и является эффективным неинвазивным методом исследования при опухолях сердца. В-сканирование предоставляет возможность регистрировать в реальном масштабе времени размеры и форму новообразований, их подвижность и соотношение с клапанным аппаратом, а также осуществить одновременную визуализацию всех камер сердца. Но эхокардиография имеет существенные ограничения, так как структуры средостения и паракардиальные структуры ультразвуком не удаётся полностью визуализировать. Поэтому для дальнейшей, параллельной диагностики опухолей сердца используются томографические методы визуализации, такие как рентгеновская компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, которые позволяют оценить и сердце, и средостение.

Литература

1. Кац, Д. С. Секреты рентгенологии / Д. С. Кац, К. Р. Мас, С. А. Гроскин. – М. – СПб: Изд-во БИНОМ – Изд-во Диалект, 2003. – 704 с.
2. Михайлов, А. Н. Справочник врача-рентгенолога и рентгенолаборанта / А. Н. Михайлов. – Мн.: Изд-во Харвест, 2006. – 749 с.
3. Остман, Й. В. Основы лучевой диагностики. От изображения к диагнозу: пер. с англ. / Й. В. Остман, К. Уальд, Дж. Кроссин. – М.: Мед. лит., 2012. – 368 с.
4. Руководство по онкологии. В 2 т. Т. 1 / под общ. ред. О. Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н. Н. Александрова. – Минск: Беларус. Энцыкл. імя П. Броўкі, 2015. – 680 с.: ил.
5. Руководство по онкологии. В 2 т. Т. II. В 2 кн. Кн. 1 / под общ. ред. О. Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н. Н. Александрова. – Минск: Беларус. Энцыкл. імя П. Броўкі, 2016. – 632 с.: ил.